

Themen dieser Ausgabe:

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Tschechiens

Seite 1

(Besser nicht) krank sein in Zeiten von Hartz IV

Seite 3

Präventionsgesetz auf Eis

Seite 5

Kurz vorgestellt – Publikationen und Webadressen, die sie kennen (lernen) sollten

Seite 6

Impressum

Seite 6

Trotz Reformen will der "Patient Gesundheitswesen" nicht gesund. Waren den Versicherten 2004 eine Beitragssenkung und stabile Beitragssätze versprochen worden, streiten das Gesundheitsministerium und die gesetzlichen Krankenversicherer aktuell darum, wie "arm" die Kassen wirklich sind. Die Versicherten erwarten – laut Pressemeldungen – ein Defizit von 1 Milliarde Euro für 2005 und kündigen Beitragserhöhungen an, das Bundesministerium für Gesundheit errechnet Überschüsse und fordert deutliche Beitragssenkungen.

Nicht vergessen werden soll eine andere Meldung. Ein Ergebnis des Gesundheitsberichts der Techniker Krankenkasse ist, dass Arbeitslosen im vergangenen Jahr durchschnittlich 20 Prozent mehr Medikamente verschrieben wurden als Berufstätige. Die Menge der Arzneien genüge rein statistisch um jeden Zweiten täglich mit Medikamenten zu versorgen.

Die [Redaktion des IPG-Newsletter Gesundheitsförderung](#) wünscht auch für diese Ausgabe viel Spaß beim Lesen.

Veranstaltungen/Tagungen**20.06.2005 [Berlin]**

Institut für ökologische Wirtschaftsforschung (IÖW). Tagung „Appetit auf Schule – Wege zu

einer Ernährungswende in der schulischen Praxis“. [\[Mehr dazu\]](#)

26.06.-29.06.2005 [Starnberger See]

9. Workshop zur betrieblichen Gesundheitsförderung: Alternde Belegschaften – gesund und produktiv. DGB Bildungszentrum Starnberger See. [\[Mehr dazu\]](#)

29.06.2005 [Hannover]

Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Wie kommt Gesundheit „in Betrieb“ – mehr Arbeit – weniger Gesundheit. [\[Mehr dazu\]](#)

06.07.2005 [Erfurt]

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. 2. Fachtagung zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit in Thüringen. [\[Mehr dazu\]](#)

02.09.-03.09.2005 [Dresden]

Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG Dresden. Gesundheit in Ausbildung und Beruf. Tagung der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA). [\[Mehr dazu\]](#)

21.09.-24.09.2005 [Berlin]

4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. [\[Mehr dazu\]](#)

Gesundheitssysteme in Europa: Das Gesundheitssystem Tschechiens

■ Guido Grunenberg

Am 1. Mai 2004 sind zehn neue Länder der Europäischen Union (EU) beigetreten.

In der Serie zu Gesundheitssystemen in Europa widmet sich diese Ausgabe der Betrachtung des tschechischen Gesundheitssystems.

Nach der Trennung von der Slowakei 1992 wurde das tschechische Gesundheitssystem von einem sozialistisch geprägten, zentralistischen Gesundheitsversorgung hin zu einem beitragsfinanziertes Pflichtversicherungssystem reformiert.

Das tschechische Gesundheitssystem hat zwei Gesichter. Auf der einen Seite ist es weitgehend frei von Zuzahlungen und bietet den Einwohnern den Zugang zu einer umfangreichen medizinischen Grundversorgung. Die privaten Kliniken sind voll auf den westeuropäischen Markt ausgerichtet und überzeugen mit höchsten Qualitätsstandards zu günstigen Preisen. Die Forschung ist hoch entwickelt und tschechische Mediziner sind international geschätzt.

Auf der anderen Seite sind die Probleme im tschechischen Gesundheitswesen jedoch ähnlich wie in den meisten europäischen Ländern nicht mehr zu übersehen. Im vergangenen Jahr betrug das Defizit der neun großen tschechischen Krankenversicherungen fast 530 Millionen Euro. Verantwortlich hierfür sind insbesondere gestiegene Kosten im stationären Sektor und im Arzneimittelbereich. Konsequenzen sind ausbleibende Zahlungen an die Leistungserbringer sowie lange Wartezeiten und Qualitätseinbußen in der Grundversorgung für die Patienten. Von den modernen Privatkliniken profitieren die tschechischen Bürger kaum. Gemessen an westeuropäischen Standards sind die Leistungen zwar attraktiv. Für den Großteil der tschechischen Bevölkerung jedoch nicht zu zahlen.

Sozial- und gesundheitspolitische Rahmendaten

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt beträgt 7% (in Deutschland:

10,7%). Die Arbeitslosenquote liegt in Tschechien bei 10,8%, die Erwerbsquote jedoch nur bei 59,9% (Deutschland: 73,3%). Bei einer Einwohnerzahl von rund 10 Millionen beträgt die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen 306.000 (Deutschland: 4,2 Millionen einschl. Pharma- und Geräteindustrie und Sekundärwirtschaft).

Grundlegende Prinzipien

Alle Einwohner Tschechiens sind bei freier Kassenwahl in einer der neun Krankenkassen gesetzlich pflichtversichert. Die Krankenkassen unterliegen der Kontrolle paritätisch besetzter Verwaltungs- und Aufsichtsräte, die zu je einem Drittel aus staatlichen Vertretern, Arbeitnehmern und Arbeitgebern bestehen. Ein privates Krankenversicherungssystem gibt es in Tschechien nicht.

Ein wirklicher Wettbewerb besteht seit 1997 zwischen den Krankenkassen nicht mehr (der vorherige Wettbewerb mit Zusatzangeboten der damals noch 27 Kassen hatte zu steigenden Kosten für die Basisversorgung geführt und wurde durch die Regierung unterbunden). Die Grundleistungen sind nahezu identisch und umfassen die kostenlose ambulante und stationäre Versorgung bei freier Arztwahl, kostenlose Arzneimittel, Behandlung beim Zahnarzt sowie Vorsorgeleistungen.

Jeder Versicherte kann theoretisch einmal jährlich in jede andere Krankenkasse wechseln, und jede Krankenkasse ist formal dazu verpflichtet, jeden Versicherten aufzunehmen. Die Praxis gestaltete sich in der Vergangenheit jedoch anders. Die „General Health Insurance Fund“ (GIHF) – eine Krankenkasse ähnlich der AOK in Deutschland – nahm nach 1997 all jene Versicherten auf, deren Krankenkassen aufgrund des Wettbewerbs nicht überlebten. Die GIHF entwickelte sich nicht nur zu einem „Auffangbecken“ der Versicherten aus den insolvent gewordenen Krankenkassen, sondern auch zur Versicherung der weniger vermögenden und älteren Bevölkerung. Im Endeffekt sind heute mehr als 75 Prozent der Tschechen Mitglied des GIHF, die restlichen 25 Prozent verteilen sich auf acht Betriebskrankenkassen. Rücklagen zur Risikoversorge, wie sie die kleineren Kassen mit einer überwiegend jungen und vermögenden Klientel aufbauen können, können beim GIHF kaum gebildet werden. Der Risikostrukturausgleich (RSA), der wie in Deutschland zu große Unterschiede in der Versicherten- und Einnahmenstruktur abmildern soll, funktioniert nicht, weil neben dem Alter der Versicherten keine weiteren Kriterien Berücksichtigung finden. Anfang 2004 scheiterte eine Reform des RSA. Die GIHF gerät dadurch in immer größere Finanzprobleme in deren Folge sich die Zahlungen an die Leistungserbringer zum Teil erheblich verzögern. Manche Ärzte versuchen daher bereits „teure“ Patienten zum Wechsel in eine betriebliche Krankenkasse zu überreden.

Medizinische Versorgung

Die ambulante Versorgung erfolgt in Tschechien in Einzel- Gemeinschaftspraxen oder in Polikliniken und wurde nach 1992 komplett neu organisiert. Nahezu alle Ärzte arbeiten privat auf eigene Rechnung. Allgemeinmediziner, Kinderärzte, Gynäkologen und Zahnärzte sichern dabei die Grundversorgung. Versicherte können aus diesen Gruppen einen Hausarzt frei wählen, an den sie dann drei Monate gebunden sind. Facharztbesuche ohne Überweisung sind gestattet. In der Praxis haben die Hausärzte jedoch kaum Möglichkeiten, die ambulante Versorgung zu steuern. Sie bekommen in der Regel keine Informationen, welche Therapien andere Ärzte ihrem Patient verordnen oder welche anderen Mediziner der Patient aufsucht. Die Folge sind Doppeluntersuchungen oder Probleme bei der Arzneimittelverordnung. Meistens arbeiten Hausärzte in Einzelpraxen mit eigenen medizinischen Geräten, die oft auch ohne wirklichen Bedarf eingesetzt werden. Nur wenige Mediziner mieten sich in ehemalige Polikliniken ein, in denen auch Fachärzte arbeiten, um so vorhandene Geräte mitzunutzen. Krankenhausambulanzen ergänzen die Versorgung im nicht stationären Bereich.

Die Krankenkassen schließen mit den Leistungserbringern Einzelverträge ab. Die Vergütung der Ärzte erfolgt über Kopfpauschalen. Dabei werden Patienten unterschiedlichen Risikogruppen zugeordnet. Fachärzte werden nach einem

Punktesystem bezahlt, das eine Ausgabengrenze je Versicherten beinhaltet. Technisch gut ausgestattete und deshalb teurere Praxen erhalten dabei mehr Geld. Nach Litauen hat Tschechien die höchste Arztdichte der neuen EU-Mitgliedsstaaten: Im Jahr 2002 versorgten durchschnittlich 350 Ärzte 100.000 Einwohner (in Deutschland: 336 Ärzte).

Die stationäre Versorgung erfolgt weitestgehend in staatlichen Universitätskrankenhäusern und privaten Kliniken. Jede zweite Krone in der tschechischen Krankenversicherung fließt in den Krankenhausbereich. Die Zahl der Betten wurde zwar gesenkt und lag 2002 bei 860 je 100.000 Einwohner. Das entspricht nach Litauen noch immer der zweithöchsten Bettendichte unter den Beitrittsländern und reicht fast an deutsche Verhältnisse heran (2001: 901 Betten je 100.000 Einwohner).

Großkliniken mit mehr als 1.000 Betten halten alle Fachrichtungen vor und dienen zugleich als Lehrkrankenhäuser. In Distrikt-Krankenhäusern mit 700 bis 1.000 Betten sind die wichtigsten Fachrichtungen vertreten. Die stationäre Grundversorgung vor Ort sichern lokale Kliniken mit bis zu 200 Betten. Die Gesundheitseinrichtungen schließen mit den Krankenkassen Verträge für die Dauer von fünf Jahren ab, auf deren Grundlage die Behandlungskosten nachträglich gedeckt werden sollen.

In Tschechien gibt es etwa 2.200 Apotheken. Die meisten befinden sich in privatem Besitz. Daneben sichern in kleinen und entlegenen Ortschaften rund 230 Arzneimittel-Ausgabestellen die Versorgung mit Medikamenten. Die Ausgaben für Arzneimittel sind im Laufe der Jahre kontinuierlich gestiegen. Sie lagen 2003 nach Angaben des internationalen Marktforschungsunternehmens IMS Health bei 28 Prozent der Gesamtkosten (Deutschland 2003: 16,7 Prozent).

Finanzierung

Das tschechische Gesundheitswesen finanziert sich überwiegend aus den Beitragszahlungen der Versicherten. Der Beitragssatz in Höhe von 13,5% des Bruttoeinkommens ist vom Gesundheitsministerium festgelegt. Der Arbeitgeber trägt bei Beschäftigten 9%, 4,5% tragen die Arbeitnehmer. Für eine zusätzliche Krankengeldversicherung gehen 4,4 % vom Einkommen ab, von denen drei Viertel der Arbeitgeber trägt. Eine Beitragsbemessungsgrenze gibt es nicht. Etwa die Hälfte der Bevölkerung hat kein eigenes Einkommen (Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Studierende etc.). Für sie bezahlt der Staat einen festen Beitrag von etwa 13 Euro im Monat, für Rentner rund 40 Euro. Selbständige leisten einen Beitrag bis zur Bemessungsgrenze von maximal 35 Prozent ihres Gewinns. Wer keinen Gewinn erzielt, zahlt einen Mindestbeitrag von knapp 30 Euro pro Monat. Zuzahlungen müssen Versicherte für einige Medikamente sowie Kuren, Heil- und Hilfsmittel und zum Teil für Zahnersatz aufbringen.

Auswirkungen der Strukturprobleme im tschechischen Gesundheitswesen sind ausbleibende oder stark verzögerte Zahlungen der Krankenkassen an die Leistungserbringer. Niedergelassene Ärzte können nicht sicher sein, am Ende eines Monats ihr Gehalt zu bekommen. Noch stärker betroffen sind die Krankenhäuser. Durch die Zahlungsverzögerungen ergeben sich lange Wartezeiten für die Patienten. In solchen Fällen werden Behandlungen häufig aus der eigenen Tasche finanziert, um die Wartezeit zu verkürzen. Ein Krankenhausarzt kann in Tschechien nach einigen Jahren Praxiserfahrung mit einem durchschnittlichen Bruttoeinkommen von 800 Euro rechnen.

Um die Ausgaben im Arzneimittelbereich zu senken, wurde eine Positivliste eingeführt. Sie verzeichnet 500 erstattungsfähige Präparate. Voll erstattet werden nur die billigsten Mittel einer Wirkstoffgruppe, vorwiegend Generika aus landeseigener Produktion. Alle anderen Arzneimittel sind zuzahlungspflichtig. Eine Ausnahme gilt nur, wenn der Arzt nachweist, dass es zum jeweiligen Produkt keine Alternative gibt. Die Positivliste legt außerdem Indikationen für die Arzneimittel fest und bestimmt, welche Produkte nur von Spezialisten verschrieben werden dürfen.

Bewertung

Das tschechische Gesundheitswesen erweist sich auf den ersten Blick als ein rein auf das Wohl der Patienten ausgerichtetes Solidarsystem. Die Grundversorgung ist umfangreich bei nur geringer Eigenbeteiligung für die Patienten.

Leider erscheint das System jedoch nicht weiter finanzierbar, wofür sich Regierung und Ärztekammer die Schuld gegenseitig in die Schuhe schieben. Die sozialdemokratische Regierungspartei CSSD sieht das Hauptübel in der sukzessiven Privatisierung ehemals staatlicher Einrichtungen wie Krankenhäusern, Arztpraxen und

Apotheken und gedenkt diese rückgängig zu machen, damit die Basisversorgung weiterhin vom öffentlichen Sektor übernommen und nur die zusätzlichen Bereiche von privaten Trägern abgedeckt werden sollen. Weitere Einsparungen werden sich von der Einführung von Fallpauschalen und der Positivliste versprochen. Die Ärzteschaft hingegen sieht die Probleme lediglich in einem zu hohen Anspruchsdenken der Patienten und fordert eine höhere Selbstbeteiligung. De facto müssen Patienten diese jedoch bereits leisten (wenn sie es sich leisten können), um Wartezeiten zu vermeiden.

Weitere Faktoren, die das tschechische Gesundheitssystem lähmen sind der mangelnde Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und deren unterschiedliche Mitgliederstruktur, die durch den vorhandenen RSA nicht ausgeglichen werden kann.

Die Frage wird sein, wie lange das tschechische Gesundheitswesen noch von der eigentlichen Stärke, den gut ausgebildeten Ärzten, die auch bei vergleichsweise schlechter Bezahlung noch nicht in Scharen den Abwerbungsversuchen aus dem weseuropäischen Ausland nachgeben und eine hohe qualitative Versorgung garantieren, profitieren kann, ohne den Ärzten entgegen zu kommen.

Weitere Informationen zum tschechischen Gesundheitswesen:

<http://europa.eu.int/eures/main.jsp?catId=4342&acro=living&lang=de&parentId=4180&countryId=CZ>

http://www.aok-bv.de/presse/pressexservice/psgpolitik/index_02974.html

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=46434>

<http://www.healthregio.net/bilder/FolienBartak.pdf>

(Besser nicht) Krank sein in Zeiten von Hartz IV

■ Siegfried Dierke

Krankheit ist wohl selten ein erstrebenswerter Zustand, doch zusätzlich unangenehm wird es, wenn neben der gesundheitlichen Schädigung auch noch jede Menge finanzieller Kosten auf eineN zukommen. Im letzten Newsletter wurde aufgezeigt, dass eine immer größer werdende Zahl an prekär Selbständigen im Krankheitsfall ggf. für die Behandlungskosten selbst aufkommen muss, da sie

sich keinerlei Krankenversicherungsschutz leisten können. Daneben gibt es aber – insbesondere im Zuge der nach Hartz benannten Sozialreformen - weit mehr Menschen, die ohne Übernahme der Gesundheitskosten dastehen.

Hinsichtlich Krankenversicherungsschutz bzw. Kostenübernahme im Krankheitsfall gibt es ganz viele unterschiedliche Regelungen für Menschen, die Leistungen nach SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende: Arbeitslosengeld II und Sozialgeld) oder SGB XII (Sozialhilfe) bzw. nach Asylbewerberleistungsgesetz erhalten (Kostenübernahme durch die Sozialträger nach § 264 SGB V, leistungsrechtlich Kassenmitgliedern gleichgestellt). Bei weitem nicht alle Leistungs-EmpfängerInnen nach SGB II werden pflichtversichert. Wer keine Familienversicherung geltend machen kann, hat unter Umständen noch die Möglichkeit, sich freiwillig gesetzlich zu versichern. Dazu müssen aber die entsprechenden Vorversicherungszeiten erfüllt

sein: GKV-Mitgliedschaft von mind. 24 Monaten in den letzten 5 Jahren bzw. die vorangegangenen 12 Monate ununterbrochen. Wenn nicht, bleiben diese Personen ohne Versicherungsschutz, da sich diese Hilfebedürftige selten eine Private Krankenversicherung leisten können. Aufgrund der Vorrangigkeit von Leistungen nach SGB II können sie aber auch keine ergänzende Sozialhilfe (Krankenhilfe nach SGB XII § 47ff) geltend machen.

Dies betrifft z.B. einen Teil derjenigen, die Alg II nur darlehensweise erhalten. (Das ist der Personenkreis, der zwar momentan hilfebedürftig ist, aber ein anrechenbares Vermögen - bspw. Grundstück oder Haus - besitzt, das derzeit nicht zu verwerten ist.) Bislang erhielten sie als Darlehen nur Grundsicherung zum Lebensunterhalt plus Erstattung der Unterkunftskosten, jedoch keinen Zuschuss zur Krankenversicherung. Erst in einem Ende Mai veröffentlichten Durchführungshinweis der Bundesagentur für

Arbeit wurde klargestellt, dass ihnen auch ein Zuschuss zur Krankenversicherung darlehensweise ausgezahlt werden soll. Dies kommt allerdings für viele zu spät, da die Beantragung zur Mitgliedschaft in der freiwilligen Versicherung binnen 3 Monate zu erfolgen hat. Von den 345 Euro monatlich konnten sich das viele der Hilfebedürftigen allerdings nicht leisten und mussten daher darauf verzichten.

Ähnlich schwierig gestaltet sich die Frage des Krankenversicherungsschutzes für BezieherInnen von Sozialgeld nach SGB II § 28 (nicht erwerbsfähige Angehörige, die in einer Bedarfsgemeinschaft mit Alg II -BezieherInnen leben). Diese werden nicht pflichtversichert, können jedoch nicht in jedem Fall der Familienversicherung beitreten: bspw. nicht erwerbsfähige und Sozialgeld beziehende Eltern, die in einer Bedarfsgemeinschaft leben mit einem unter 18-jährigen Kind, das Arbeitslosengeld II bezieht. Gerade aber bei den nicht erwerbsfähigen Sozialgeld-EmpfängerInnen handelt es sich oft um ehemalige Sozialhilfe-EmpfängerInnen, die also keine Vorversicherungszeiten aufweisen und somit keine Aufnahme in die freiwillige Krankenversicherung beantragen können.

Die 3-Monats-Frist zur Beantragung der Mitgliedschaft in der freiwilligen Versicherung kann zudem denjenigen zum Verhängnis werden, deren Alg II-Antrag längere Zeit ungeklärt oder bei der Bundesagentur für Arbeit im Widerspruchsverfahren hängen bleibt: Ergibt sich letztendlich eine Ablehnung, Gewährung auf Darlehensbasis oder Zahlung von Sozialgeld, so ist als Folge nicht nur eine Pflichtversicherung ausgeschlossen, sondern auch die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung verstrichen.

Weiterhin strittig zwischen den GKV-Spitzenverbänden einerseits und der Bundesagentur und dem zuständigen Ministerium andererseits ist der Versicherungsstatus von in Not geratenen Selbständigen, die ergänzendes Arbeitslosengeld II erhalten: erstere erwarten von diesen Personen die Beantragung einer freiwilligen Versicherung, letztere gehen nach wie vor davon aus, dass der Bezug von Alg II zur Pflichtversicherung führt und erstatten somit auch nur den Pflichtbeitrag. Den Differenzbetrag von etwa 140 Euro monatlich müssten die Hilfesuchenden selbst bezahlen, was sie zumeist nicht können. So kommt kein Krankenversicherungsschutz zustande. Nach 3 Monaten ist eine freiwillige Versicherung auch zukünftig ausgeschlossen.

Wirtschaftsminister Clement beklagt eine bemerkenswerte Vervielfältigung von Bedarfsgemeinschaften sowie eine Zunahme an Single-Haushalten, die Bedarf anmeldeten. Beides ist nicht verwunderlich: Einerseits sehen sich viele zu einer Heirat gezwungen gesehen, um über diesen letzten Ausweg einen Krankenversicherungsanspruch zu erreichen. Andererseits trennen sich viele nicht verheiratete Paare in Ärger und Streit, da der einkommensbeziehende

Partner dem anderen (neben den Kosten für Lebensunterhalt und Miete) auch die Krankenkassenbeiträge finanzieren muss. Erst wenn dies zu eigener Bedürftigkeit führt, gewährt die Bundesagentur einen Zuschuss für freiwilligen Krankenversicherungsschutz. Wer nicht heiratet, aber vom Partner nicht auch noch die Kosten für die Krankenkasse bezahlt bekommt, bliebe sonst ohne Versicherungsschutz.

Eine weitere Schnittstellen-Problematik stellen bürokratische „Verschiebebahnhöfe“ dar. Eine ungeklärte Zuordnung zu SGB II oder SGB XII bzw. ungeklärte Einstufung als erwerbsfähig bzw. nicht erwerbsfähig kann einen ungeklärten Krankenversicherungsstatus bzw. ungeklärte Kostenübernahme im Krankheitsfall mit sich bringen und ggf. zu Verzögerungen bei der gesundheitlichen Versorgung führen. Dies betrifft insbesondere durchreisende Wohnungslose (denen zumeist ein Anspruch nach SGB V § 264 und damit die Aushändigung einer Krankenkassenskarte verweigert wird) oder erwerbsfähige Menschen in stationären Einrichtungen, die als „in Einrichtungen lebende Menschen“ kein Alg II erhalten und dagegen in Widerspruch gegangen sind.

Andere hilfsbedürftige Leistungsbezieher nehmen zudem notwendige medizinische Leistungen trotz Versicherungsschutz nicht in Anspruch. Aus dem Regelsatz, der kaum das Existenzminimum deckt, können die aus eigener Tasche zu begleichenden Eigenleistungen und Zuzahlungen (insb. Fahrkosten, Brillen etc.) kaum angespart werden. Da die „Hilfen zur Gesundheit“ (SGB XII 47ff) nachrangig erbracht werden, kommt diese Form der Kostenerstattung durch Sozialträger für BezieherInnen von Grundsicherung für Arbeitssuchende (Alg II oder Sozialgeld) oder von Leistungen nach § 264 SGB V (u.a. Sozialhilfe-EmpfängerInnen) nicht in Betracht. Das bedeutet für sozial Schwache oftmals untragbare Belastungen, das Verschleppen von Krankheiten oder den Verzicht auf Krankenbehandlungen trotz Bestehens einer Mitgliedschaft in einer Krankenkasse.

Ein besonderes Thema ist die medizinische Versorgung für Flüchtlinge. Diese sind einerseits besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt (aufgrund schlechterer Wohn- und Arbeitsbedingungen, erschwerten Zugang zur medizinischen Versorgung, oft nicht konsequent durchgeführten Therapien, mangelndem Geld für die Versorgung sowie dauernden Bedrohungssituationen, die zu Depressionen und psychischen oder körperlichen Störungen führen können), andererseits haben sie je nach Status eine unterschiedliche bzw. unterschiedlich stark eingeschränkte Finanzierung oder Kostenübernahme für ihre gesundheitliche Versorgung, insbesondere wenn sie kürzer als 3 Jahre Leistungen nach AsylbLG beziehen. Ihnen steht nur dann eine Behandlung zu, wenn sie an einer akuten oder schmerzhaften Erkrankung leiden oder akute Schmerzzustände bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen

hinzukommen. Die Versorgung mit Zahnersatz ist stark eingeschränkt. Sonstige zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Leistungen werden nur bezahlt, wenn Folgeerkrankungen, Verschlechterungen oder dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen. Doch selbst dieser reduzierte Anspruch kann ihnen noch von eigenmächtig entscheidenden SozialamtmitarbeiterInnen streitig gemacht werden.

Nach und nach nehmen GKV, Politik und Sozialträger diese enormen Handlungsbedarfe wahr. Die Lösungsvorschläge kommen jedoch vielfach zu spät, zu schleppend oder bleiben unzureichend. Insbesondere ein erhöhter politischer Druck kann hier zu mehr Bewegung verhelfen. Fraglich ist, ob die anstehenden Bundestagsneuwahlen notwendige Änderungen befördern oder eher behindern.

Präventionsgesetz auf Eis

■ Burkhard Gusy

Eigentlich waren sich die politischen Akteure einig: Die Prävention ist auszubauen. Dieser Grundkonsens besteht nach wie vor zwischen allen im Bundestag vertretenen Parteien. Nur über das Wie wird heftig gestritten. So fasste der Bundesrat bereits im Jahre 2003 den Beschluss, auf die Bundesregierung einzuwirken, vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen zu fördern. Prävention und Gesundheitsförderung sollten als vierte Säule der Gesundheitsversorgung neben der Wiederherstellung der Gesundheit, der Rehabilitation und der Pflege stehen.

Anfang des Jahres 2005 legte die Bundesregierung einen entsprechenden Gesetzentwurf vor zur "Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen". Der Bundestag beschloss diesen am 22. April 2005 mit rot-grüner Mehrheit. Da jedoch „Gesundheit“ originäre Aufgabe der Länder ist, zu der der Bund nur Rahmenvorgaben machen darf, wurde die Gesetzesvorlage Ende Mai im Bundesrat verhandelt. Auf Grund der für die SPD verlorenen Landtagswahlen in Nordrhein Westfalen war zu diesem Zeitpunkt schon nicht mehr mit einer Zustimmung der Länderkammer zu rechnen.

Am 27. Mai 2005 stoppte der Bundesrat – gegen die Empfehlungen des federführenden Gesundheitsausschusses - mit der Mehrheit der unionsregierten Länder dieses Gesetzesvorhaben unter Verweis auf eine frühere Stellungnahme vom 18. März 2005. Eine "grundlegende Überarbeitung" des Gesetzes wurde ange-mahnt, die Finanzierung der Prävention durch die Sozialkassen im Umfang von 250 Millionen Euro problematisiert, da dadurch die Notwendigkeit der Senkung von Lohnnebenkosten unterlaufen würde. Außerdem sei den Bedenken des Bundesrats vom 18. März 2005 im Gesetzentwurf zu wenig Rechnung getragen worden. Nun wird der Vermittlungsausschuss angerufen. Nur bei schneller Einigung könnte der Gesetzentwurf noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werden. Ein Blick auf die Argumente in dieser Diskussion mag zu einer Einschätzung führen, ob mit einer Verabschiedung des Gesetzes dieses Zuschnittes in nächster Zeit zu rechnen ist.

Der Bundesrat wendet sich gegen die im Präventionsgesetz vorgesehene "Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung". Diese soll laut Gesetzesvorlage, mit 50 Millionen Euro jährlich ausgestattet, Präventionsziele erarbeiten, Aufklärungs- und Modellprojekte starten sowie an der Evaluation und Qualitätssicherung (von Prävention) mitwirken. Die Erreichung der verabredeten Präventionsziele soll durch einen periodisch erscheinenden Präventionsbericht (alle vier Jahre) geprüft werden. CDU und FDP kritisieren den Aufbau neuer Strukturen als "unnötig". Diese würden nur zu einem Mehr an "Bürokratie" führen. Die Länder fordern "einfachere und transparentere Strukturen". Ziel ist deshalb, in Verhandlungen im Vermittlungsausschuss die Einrichtung dieser neuen Institution zu verhindern. Diese Aufgabe – so die Kritiker – könne von bestehenden Einrichtungen wahrgenommen werden. Der Gesundheitsökonom

Fritz Beske (Kiel) hat für die Koordinierung der Prävention bereits die "Bundesvereinigung für Gesundheit" ins Gespräch gebracht. Da der Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ eine zentrale Bedeutung in diesem Gesetzeswerk zukommt, wird die rot-grüne Koalition wohl kaum darauf verzichten wollen. Für den Fall, dass diese Institution doch geschaffen wird, fordert der Bundesrat den Gesetzgeber auf, entsprechend den Beschlüssen der Föderalismuskommission des Deutschen Bundestages, als Standort nicht Berlin, sondern Jena vorzuziehen.

Ein weiterer wichtiger Streitpunkt ist die Finanzierung. Primärprävention soll nach den Regelungen der Gesetzesvorlage aus Mitteln der gesetzlichen Sozialversicherung bezahlt werden. Zu den veranschlagten 250 Millionen Euro soll die Krankenversicherung 180 Millionen, die Rentenversicherung 40, die Unfallversicherung 20 und die Pflegeversicherung 10 Millionen beisteuern. Die Krankenkassen machten in einem Gutachten bereits verfassungsrechtliche Bedenken geltend. Staatliche Stellen dürfen nicht über Mittel der Sozialversicherung für die Bewältigung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben verfügen. Diese Argumentation macht sich der Bundesrat zu eigen. Sowohl im Wirtschafts- als auch Finanzausschuss wird bezweifelt, dass der Bund in Sachen Prävention überhaupt Gesetzgebungskompetenz hat.

Die ins Feld geführten Argumente verdeutlichen die Grundsätzlichkeit der Problematik. Es ist nicht damit zu rechnen, dass diese im Vermittlungsausschuss und dann auch noch unter Zeitdruck geklärt werden können. So wird es denn aller Wahrscheinlichkeit nach nicht kommen, das Präventionsgesetz. Wie Prävention zukünftig organisiert und finanziert werden soll, ist nach einem Scheitern des Präventionsgesetzes unklarer denn je trotz aller parteiübergreifender Einigkeit, dass Prävention auszubauen ist.

Kurz vorgestellt

Das Gesundheitssystem in Deutschland

Simon, M. (2005). *Das Gesundheitssystem in Deutschland* (1. Auflage). Bern: Huber (Preis: 29,95 Euro)



Es gibt mittlerweile eine Reihe von Büchern, die sich dem Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland widmen (siehe auch IPG-Newsletter 01/05), doch wirklich gute Einführungen in Aufbau und die Funktionsweisen des Gesundheitssystem sind selten. Dieses Buch ist ein erneuter Versuch einen Überblick über die wesentlichen gesundheitlichen Versorgungsbereiche zu geben, Grundprinzipien, Strukturen und Funktionsweisen zu erläutern.

Das Buch startet mit einem historischen Abriss des Gesundheitssystems, nennt Grundprinzipien der sozialen Sicherung im Krankheitsfall und dokumentiert Grundstrukturen und Basisdaten des Gesundheitswesens. Daran an schließt in jeweils einem Kapitel eine systematische Darstellung der ambulanten, stationären sowie der Arzneimittelversorgung. Dem Thema

Pflege widmet der Autor einen eigenen Block, der die Pflegersicherung, die unterschiedlichen Organisationsformen (stationär, ambulant) einschließt.

Diese auf knapp 300 Seiten gehaltene Darstellung ist informativ, kompakt und für den interessierten Laien verständlich formuliert. Die Neuregelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes aus dem Jahre 2004 sind berücksichtigt.

Die ähnliche Strukturierung der einzelnen Kapitel erlaubt eine schnelle Orientierung auch in Teilausschnitten. Der Autor ist sich des einführenden Charakters dieses Buchs bewusst, wie ergänzende Literaturhinweise am Ende jedes Kapitels zeigen. Ein lesenswertes, orientierendes, gut strukturiertes Buch für die Abnehmer von Gesundheitsleistungen, für (angehende) Gesundheitswissenschaftler durchaus zu empfehlen.

Angeklickt:

Die Webseiten der Barmer Ersatzkasse

Im letzten IPG-Newsletter startete eine Serie über die Internetauftritte der Krankenkassen. In dieser Ausgabe wird die Webseite der Barmer Ersatzkasse näher vorgestellt.

Die BARMER-Homepage kommt auf den ersten Blick ganz flott, dynamisch und beschwingt daher: Bewegung, Urlaub, Bonusprogramme, Fitness, Tanzen und Wandern stehen nicht nur auf der Startseite im Mittelpunkt. Neuigkeiten aus Medizin und Forschung kommen dagegen nur randständig vor.

Der „Ratgeber“-Bereich ist sehr umfangreich. Hier werden neben Übergewicht und Stress ausführlich verschiedene Körperorgane hinsichtlich Anatomie, Funktion, Störungen und Erkrankungen beschrieben. Die BARMER will mit dieser sicherlich sehr notwendigen Gesundheitsbildung insbesondere über Möglichkeiten der Verhaltensprävention und Selbsttherapie informieren, um unnötige Arztbesuche vermeiden zu helfen. Krankheitsverursachung wird dabei stark individualisiert und konsequenterweise werden mehrheitlich Gesundheits-Tipps angepriesen, die insbesondere den privaten Geldbeutel belasten. So fehlen oft auch Hinweise darauf, welche der Präventionsangebote noch Kassenleistungen sind oder privat zu bezahlen sind bzw. schon längst auf der IGeL-Liste stehen.

Bei den Hinweisen zu Patientenrechten (wie

auch anderen Stellen) wären Internet-Links bzw. Verweise zu anderen Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen hilfreich.

Der nur Mitgliedern zugängliche Bereich enttäuscht ebenfalls: Der „Erinnerungs-Service“ für anstehende Arztbesuche oder Additions-Maschinen für geleistete Zuzahlungen bzw. erworbene Bonuspunkte dienen mehr der Fütterung der Daten-Abteilung der BARMER als den Versicherten, denen hier außerdem – neben einem Formular-Service - jede Menge Zusatzversicherungen angeboten werden.

Die Arzt- und Kliniksuche, die auch Nicht-Mitgliedern zur Verfügung steht, ist hingegen sehr komfortabel und hilfreich. Ebenfalls sehr umfangreich und mit informativen Verlinkungen zu anderen Informationsquellen gestaltet ist die Übersicht über die Gesetzlichen Regelleistungen, sonstige BARMER-Angeboten und zu einigen Änderungen, die im Zuge des GMG eingetreten sind. Leider bleiben auch hier einige der dramatischsten Einschnitte für PatientInnen unerwähnt.

Insgesamt stellt der BARMER-Internet-Auftritt sowohl für Mitglieder wie für Nicht-Mitglieder streckenweise eine sinnvolle Informationsbasis, aber kein umfassendes Gesundheitsportal dar.

Impressum

Herausgeber:

FU Berlin - AB Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
e-Mail: newsletter-redaktion@ipg-berlin.de

Redaktion:

Siegfried Dierke, Guido Grunenberg, Burkhard Gusy

Redaktionsschluss

für die nächste Ausgabe: 10.09.2005

Abonnement

Falls sie den Newsletter auch in Zukunft beziehen wollen, sollten sie sich in den [Verteiler](#) aufnehmen lassen.